



PT Astra Aviva Life terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PT. ASTRA AVIVA LIFE, Pondok Indah Office Tower 3 , 1st Floor , Jl.Sultan Iskandar Muda Kav.V-TA,Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310
Hello Astra Life : 1-500-AVA (282) ; hello@astralife.co.id ; www.astralife.co.id

FORMULIR PEMULIHAN POLIS (REINSTATEMENT)

- > Mohon diisi jujur, lengkap dan benar oleh pemegang polis dengan menggunakan ballpoint serta huruf cetak dan memberi tanda (V) pada kotak yang sesuai.
- > Tidak diperkenankan menggunakan cairan penghapus / pena penghapus. Apabila diperlukan koreksi terhadap pernyataan yang diisi mohon dicoret dan ditandatangani di setiap bentuk koreksi tersebut.
- > Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi oleh pemegang polis dan/atau tertanggung sebelum menandatangani.
- > Wajib melampirkan foto copy identitas diri pemegang polis yang masih berlaku (KTP/Paspor/KITAS).
- > Pastikan Anda melengkapi seluruh persyaratan tambahan yang disyaratkan.
- > Formulir Pemulihan Polis hanya berlaku untuk satu nomor polis.
- > Permohonan Pemulihan Polis (Reinstatement) akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi, apabila diperlukan maka PT ASTRA AVIVA LIFE berhak untuk meminta dokumen tambahan termasuk melakukan verifikasi maupun konfirmasi lanjutan terhadap pemegang polis.

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis : _____
 Nama Tertanggung : _____
 Alamat Sesuai Identitas : _____
 Kota/Provinsi : _____ Kode Pos : _____
 Telepon Rumah : _____ - _____
 Telepon Kantor : _____ - _____ Ext : _____
 Telepon Seluler : _____ Email : _____

KETERANGAN KESEHATAN PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

| No | Pertanyaan | Pemegang polis | Tertanggung |
|----|---|--|--|
| 1 | Apakah Anda mempunyai Polis dan atau sedang mengajukan permintaan Asuransi Jiwa, Asuransi Kecelakaan, Asuransi Kesehatan pada PT ASTRA AVIVA LIFE Indonesia atau perusahaan asuransi lain? Jika "Ya", sebutkan nama perusahaan asuransi, jenis Pertanggungan dan Uang Pertanggungan : _____ | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> |
| 2 | Apakah Polis atau permintaan asuransi sebagaimana dimaksud dalam butir 1 diatas pernah ditolak, ditunda, diterima dengan penambahan Premi, atau diberlakukan suatu pengecualian apapun? Jika "Ya", sebutkan alasannya : _____ | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> |
| 3 | Apakah Tertanggung perokok atau mengkonsumsi jenis tembakau lainnya? Jika "Ya", berapa batang per hari ? _____ batang/hari. | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> |
| 4 | Apakah Anda pernah atau sedang menderita salah satu penyakit atau mengalami gejala/kelainan : pembuluh darah/jantung, tekanan darah tinggi; TBC, asma, bronchitis; sakit maag, hepatitis, haemorrhoid/wasir; ginjal, saluran kencing, kandung kemih atau prostat, penyakit kelamin; stroke, kelumpuhan, epilepsy, penyakit susunan syaraf/otak; gangguan jiwa/depresi; gangguan penglihatan/pendengaran; malaria, typhus; rematik, gangguan otot/persendian/punggung; diabetes, hyperkolesterol, gout; leukemia, anemia; tumor, kanker; HIV/AIDS atau penyakit/kelainan lain yang tidak disebutkan di sini dalam 5 tahun terakhir ? | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> |
| 5 | Apakah Anda pernah atau sedang menjalani pemeriksaan kesehatan atau dalam perawatan dokter atau rawat inap di RS sehubungan dengan penyakit tersebut di atas dalam waktu 5 tahun terakhir? Jika "Ya", sebutkan nama dokter/dokter keluarga yang mengetahui riwayat kesehatan Anda atau dokter yang Anda kunjungi terakhir kali ? _____ | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> |
| 6 | Khusus untuk Tertanggung anak: a. Proses kelahiran: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera b. Pada saat lahir Tinggi Badan _____ cm Berat Badan: _____ kg | | |
| 7 | Apakah Anda mempunyai gejala-gejala penyakit atau keluhan kesehatan lainnya yang belum pernah dikonsultasikan ke dokter/pemeriksa kesehatan lainnya atau belum pernah diobati (contoh: sering demam dalam waktu yang lama, kehilangan berat badan yang tidak diketahui sebab-sebabnya)? Jika "Ya", sebutkan dan jelaskan : _____ | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|----|--|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 8 | Tuliskan nama dan alamat lengkap dokter/klinik/Rumah Sakit yang pernah atau biasa Anda kunjungi : _____ | | | | |
| 9 | Kecuali diberikan dengan resep dokter, apakah Anda pernah menggunakan kokain, marijuana, LSD (Lysergic Acid Diethylamide), amphetamin, heroin atau narkotik lainnya? | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 10 | Khusus untuk Tertanggung wanita: a. Apakah Anda sekarang ini sedang hamil? Jika "Ya", usia kandungan _____ minggu (harap lampirkan copy kartu/buku kontrol kehamilan dengan informasi yang lengkap) b. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat melahirkan? c. Nama dan alamat lengkap dokter yang memeriksa kandungan: _____ | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 11 | Apakah Anda memiliki orang tua/saudara yang menderita penyakit diabetes, tekanan darah tinggi, sakit jantung, stroke, ginjal, hepatitis, kelainan mental atau penyakit turunan lainnya? Jika ada sebutkan status hubungan, Jenis penyakit dan usia saat sakit : _____ | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 12 | Apakah Anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki pekerjaan/hobby dalam bidang: penerbangan, microlighting, balap motor/mobil, paralayang, panjat tebing/mendaki gunung, terjun payung, menyelam, minyak dan gas bumi, caving & potholing, selancar, arum jeram, lainnya ? | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 13 | Apakah Anda sering melakukan penerbangan yang tidak berjadwal (bukan menggunakan maskapai penerbangan umum berjadwal) ? | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 14 | Apakah ada perubahan berat badan dan tinggi badan dalam 2 tahun terakhir ini ? Pemegang Polis : Berat Badan _____ Kg Berat Badan _____ Kg Tertanggung : Berat Badan _____ Kg Berat Badan _____ Kg | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 15 | Apakah ada perubahan pekerjaan dalam 1 tahun terakhir? Jika ada,sebutkan jenis pekerjaan saat ini : _____ | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 16 | Apakah ada perubahan gaya hidup,hobi, jenis kelamin dan kesehatan dalam 1 tahun terakhir? Jika ada,sebutkan : _____ | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |

Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

- Semua jawaban-jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban / keterangan yang saya berikan tidak benar maka PT ASTRA AVIVA LIFE berhak menolak pengajuan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
- Memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, Puskesmas, perusahaan asuransi atau organisasi lain, lembaga/badan hukum atau perorangan yang memiliki catatan atau informasi mengenai diri saya atau kesehatan saya untuk menyerahkan kepada PT ASTRA AVIVA LIFE setiap dan seluruh informasi mengenai diri Saya yang dibutuhkan sehubungan dengan kesehatan Saya dan sejarah medis dan setiap pengobatan/perawatan di rumah sakit, nasihat, diagnosis, perawatan atau penyakit atau gejala penyakit, Saya juga memberikan persetujuan untuk diadakan investigasi pribadi semasa saya hidup dan sesudah Saya meninggal dunia. Salinan(fotocopy) dari surat kuasa ini akan sama sah dan kuatnya dengan yang asli.
- Saya/Kami dengan ini memberi izin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE (sesuai yang tercantum pada formulir ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan re-asuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASTRA AVIVA LIFE dalam rangka pengajuan formulir perubahan ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan Polis, survey kepuasan nasabah, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan) dan karenanya ditandatangani formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian izin oleh Saya/Kami.
- Saya/Kami dengan ini memberi izin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, no.telpon, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT ASTRA AVIVA LIFE, produk-produk rekanan/partner usaha PT ASTRA AVIVA LIFE dan karenanya ditandatangani formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian izin oleh Sava/Kami.

Dengan Ini saya menyatakan seluruh pernyataan,keterangan dan jawaban yang saya berikan telah sesuai dengan apa yang saya ketahui secara jujur, lengkap dan benar. Jika Pernyataan dari Saya tersebut diatas ternyata terbukti di kemudian hari tidak benar dan/atau menyesatkan dan menimbulkan kerugian terhadap PT ASTRA AVIVA LIFE, maka Saya wajib bersedia untuk menerima semua konsekuensi risiko dan bertanggung jawab atas kepesertaan Saya dan/atau tertanggung sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh PT Astra Aviva Life dan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku berikut perubahannya dikemudian hari, dan membebaskan PT ASTRA AVIVA LIFE, dari segala tuntutan/gugatan hukum yang mungkin timbul dari pihak manapun sebagai akibat dari pernyataan yang tidak benar dan/atau menyesatkan tersebut.

Ditandatangani di _____ Pada tanggal _____ (tanggal/bulan/tahun)

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Tanda tangan dan Nama Pemegang Polis | Tanda tangan dan Nama Tertanggung | Tanda Tangan dan Nama Petugas Pemasaran |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|

Pengesahan Underwriting

Tempat & Tanggal : _____ / _____ Catatan : _____

Diterima Diterima dengan syarat Ditolak

Nama dan Tanda Tangan Underwriter

DIISI OLEH PETUGAS PEMASARAN ASTRA LIFE YANG MELAYANI TRANSAKSI DALAM FORMULIR INI

Nama Petugas Pemasaran : _____
No Tlp Petugas Pemasaran : _____